

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
SAINT-ANTOINE

ANNÉE 1974

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Martial LANCRET

né le 1^{er} janvier 1947

Présentée et soutenue publiquement le

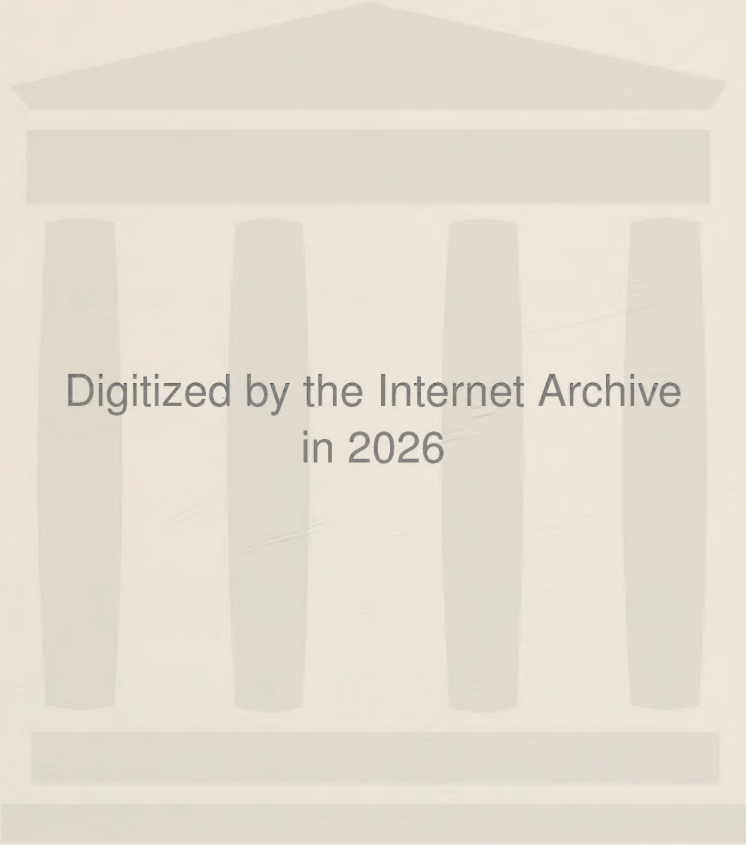
1974

ÉTUDE CLINIQUE ET DIÉTÉTIQUE
DES SUITES OPÉRATOIRES
PRÉCOCES DE LA GASTRECTOMIE TOTALE
(A PROPOS DE 220 CAS)

Président : M. J. LOYGUE, Professeur

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'IMPRIMERIE
70, rue Compans
75019 PARIS

1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
SAINT-ANTOINE

ANNÉE 1974

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Martial LANCRET

né le 1^{er} janvier 1947

Présentée et soutenue publiquement le

1974

ÉTUDE CLINIQUE ET DIÉTÉTIQUE
DES SUITES OPÉRATOIRES
RÉCOQUES DE LA GASTRECTOMIE TOTALE
(A PROPOS DE 220 CAS)

Président : M. J. LOYGUE, Professeur



Je dédie cette thèse

A la mémoire de mon Père

*Son exemple me restera présent
toute la vie.*

A ma Mère

*En témoignage
de ma grande admiration,
avec toute mon affection.*

Meis et Amicis

A Monsieur le Professeur J. LOYGUE

*qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse,*

*En témoignage de notre
très respectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Ph. F. BERNARD,
Médecin-Directeur du Centre de Forcilles

Instigateur de cette thèse,

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre
profonde déférence.*

A Monsieur le Docteur Christian BASCHET

*Nous le remercions
de la bienveillante indulgence
avec laquelle il nous a conseillé
dans l'élaboration de ce travail.*

*Qu'il trouve ici le témoignage
de notre attachement fidèle
et très reconnaissant.*

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.		MM.	
ANDRÉ R.	Hématologie	GOSSET J.	Chirurgie
BRICOUT F.	Bactério-virologie	GOLVAN Y.-J.	Parasitologie
BRISAUD H.	Pédiatrie	HUGELIN A.	Physiologie
BROCARD R.	Médecine	LAPLANE R.	Pédiatrie
CATINAT J.	Cardiologie	LE LORIER G.	Obstétrique
CERBONNET G.	Chirurgie	LÉPER J.	Médecine expérim.
CHALUT J.	Radiologie		Immunologie
CHÉRIGIE Ed.	Radiologie	LOYGUE J.	Chirurgie
CHIGOT P.-L.	Chirurgie infantile	MAROIS M.	Histologie
CONTAMIN Fr.	Neurologie	MERGER R.	Obstétrique
CONTE M.	Médecine	MILHAUD G.	Biophysique
DAGUET L.	Bactériologie	NICK J.	Neurologie
DEBRAY J.	Médecine	ORCEL L.	Anatomie pathol.
DRY J.	Médecine	PERRAULT M.	Médecine
DUHAMEL G.	Hématologie	PICARD J.	Biochimie
FLABEAU F.	Chirurgie	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
GERBEAUX J.	Thérapeutique	POLONOVSKI J.	Biochimie
GIRARD F.	Physiologie	RICHET G.	Néphrologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.		MM.	
ARDAILLOU R.	Physiologie	MALAFOSSE M.	Chirurgie
CHAPUT (Mme A.)	Stomatologie	PIÉRON R.	Pneumo-phthisiol.
GUIRAUDON G.	Anatomie	ROUX Ch.	Embryologie
LASFARGUES G.	Pédiatrie	WARGON H.	Médecine expérim.

MAITRES DE CONFERENCES

MM.		MM.	
AKOUN G.	Médecine	BIGOT R.	Radiologie (ff)
ALBY J.-M.	Psychiatrie	HUGUIER M.	Chirurgie
AMSTUTZ P.	Réanimation	KRULIK M.	Médecine générale
APOIL A.	Orth. Traum.	LAUGIER A.	Radiologie
ARON (Mme D.)	Ophthalmologie	LÉVY V.-G.	Médecine
ATTAL C.	Pédiatrie	MENSCH B.	Biophysique
BAUX S.	Chirurgie	MÉRY J.-Ph.	Néphrologie
BOURY G.	Chirurgie	MIGNON (Mme Fr.)	Néphrologie
CHEYMOL G.	Pharmacologie	NAJMAN A.	Hématologie
CHOUARD Cl.	O.R.L.	NICOLLE M.	Neurologie
CLOAREC M.	Médecine	OPOLON J.	Médecine
COMBRISSE (Mme A.)	Hématologie	PAQUELIN Fr.	O.R.L.
DECROIX G.	Pneumo-phthisiol.	PISSARRO B.	Méd. préventive
DELIGNE P.	Anesthésiologie	RAMPINI Cl.	Biochimie
DOYON D.	Radiologie	RICHARDET J.-M.	Pédiatrie
FONTAINE J.-L.	Pédiatrie	ROLAND J.	Anatomie pathol.
GAUTIER H.	Physiologie	SALAT J.	Obstétrique
GRUNER M.	Chirurgie infantile	SALMON Ch.	Hématologie
GUILMET Cl.	Anesthésiologie	SANTARELLI J.	Obstétrique
HERMAN D.	Médecine	WEINMANN S.	Biochimie
HUGUET Cl.	Chirurgie	WITCHITZ S.	Cardiologie
BARRITAU L.	Biophysique (ff)	THOMAS M.	Médecine (ff)
BODIN F.	Médecine (ff)	VERGEZ P.	Bactériologie (ff)

ENSEIGNANT ASSOCIE

M.C.A. M. ELIAKIS E. Médecine légale

ENSEIGNANT CONTRACTUEL

M.C.L. M. KIRSCH F. Physiologique biochimique

DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

MM.
ETIENNE
LEGRAND
BERTHET
FASANO
ROISIN
VIALAS

MM.
BENSAUDE
DUPUIS
MICHAUD
CRIMAIL
WEILL
FORTESA

MM.
ZENATTI
NATALI
ROMÉO
LAMBERT
CHASSERANT
TAQUET (Mme)

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

MM.
BRUEZIÈRE
CRISTOL

Chirurgie infantile
Cardiologie

MM.
DUNET
LOFFREDO

Endocrinologie
Obstétrique

ATTACHES D'ENSEIGNEMENT

MM.
CASASSUS
COUVREUR
DES LAURIERS
GALLOUEDEC
ABITBOL
MARTEAU
GAMERMANN
JOANNIDES
MAUGENEST

Cardiologie
Thérapeutique
Neurologie
Pneumologie

MM.
MIGNOT
SAUVAN
VANNIER
POULET
RACHINEL
DUCAN
LEWKOWICZ
MEILLAUD

Neurologie
Cardiologie
Pneumologie

ÉTUDE
CLINIQUE ET DIÉTÉTIQUE
DES SUITES OPÉRATOIRES PRÉCOCES
DE LA GASTRECTOMIE TOTALE
(A PROPOS DE 220 CAS)

ETUDE CLINIQUE ET DIETETIQUE
DES SUITES OPERATOIRES PRECOCES
DE LA GASTRECTOMIE TOTALE
(A PROPOS DE 220 CAS)

Si les progrès de l'anesthésie-réanimation ont considérablement réduit les risques de la gastrectomie totale, un certain nombre de troubles digestifs et métaboliques demeurent après amputation gastrique.

Dans la présente thèse, nous étudierons les résultats fonctionnels des exérèses totales de l'estomac de 220 malades suivis en post-opératoire précoce au Centre de Recherche Médico-Diététique de Forcilles et indiquerons notre expérience en matière de renutrition de ces opérés.

RESULTATS FONCTIONNELS DES GASTRECTOMIES TOTALES

Nous résumerons tout d'abord les diverses interventions proposées ainsi que les modes de rétablissement de la continuité digestive puis nous étudierons les troubles physio-pathologiques consécutifs aux exérèses totales ainsi que leurs résultats cliniques, nutritifs et métaboliques.

I. — RAPPEL DES TECHNIQUES DE GASTRECTOMIE TOTALE

La *gastrectomie totale* enlève la totalité de l'estomac avec les premiers centimètres du duodénum, les derniers centimètres de l'œsophage, le grand épiploon et les chaînes ganglionnaires.

Elle peut être *simple* ou *élargie* à la rate, au corps et à la queue du pancréas.

Elle peut être faite *de principe* dans le but d'enlever en monobloc l'estomac et les voies de drainage lymphatique (cette exérèse, pronée en France par LORTAT-JACOB, intéresse l'estomac en totalité, l'épiploon gastro-splénique, la graisse et les ganglions rétro-péritonéaux cœliaques et latéro-aortiques) ; elle comporte enfin systématiquement un curage ganglionnaire du pédicule hépatique.

Elle peut être faite *de nécessité* du fait de l'extension de la tumeur en arrière, pour enlever un viscère envahi par la tumeur gastrique : queue du pancréas le plus souvent, colon transverse parfois.

LE RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE

De multiples procédés existent et nous ne citerons que ceux rencontrés dans notre étude. Il en existe deux grands types :

— *avec fermeture du duodénum* :

- le plus usité est l'anse jéjunale en « Y » montée trans-mésocolique, fermée sur son bout proximal, l'anastomose œso-jéjunale étant termino-latérale,
- l'anse en oméga avec anastomose jéjuno-jéjunale latéro-latérale au pied de l'anse ou s'engage la sécrétion bilio-pancréatique ;

— *avec remise en circuit du duodénum* ce qui ajoute le risque d'une troisième anastomose réalisant :

- soit une anse en oméga montée de telle façon que le jéjunum interposé entre duodénum et œsophage fonctionne en anti-péristaltisme (procédé de TOMODA),
- soit une anse en Y excluant la plastie jéjunale par une simple ligature (procédé de ROSANOV),
- soit surtout l'anse jéjunale interposée entre l'œsophage et le jéjunum,
- soit enfin, la reconstitution d'un réservoir aux dépens de l'anse grêle : Néogastre.

TABLEAU N° 1

Anse en Y	95 cas
Anse interposée	42 cas
Anse en oméga	21 cas
Tomoda	16 cas
Rosanov	4 cas
Néogastre	3 cas
Autres procédés	11 cas
Non précisés	28 cas

Les différents moyens de rétablissement de la continuité digestive sont représentés dans le tableau ci-dessus.

Ils sont classés par ordre de fréquence rencontrée dans nos 220 dossiers et c'est dans cet ordre et par rapport à eux que nous avons choisi d'étudier les résultats fonctionnels des exérèses totales.

II. — CONSEQUENCES PHYSIO-PATHOLOGIQUES DE LA GASTRECTOMIE TOTALE

L'exérèse totale de l'estomac entraîne :

- la disparition du réservoir gastrique, essentiellement celle du sphincter pylorique qui permettait la rétention du bol alimentaire et sa distribution fractionnée au duodénum ;
- la perte de la fonction mécanique de l'estomac : brassage et homogénéisation du bol alimentaire ;
- la disparition de la sécrétion gastrique dont les conséquences sont :
 - l'absence de dilution du bol alimentaire,
 - la suppression de la digestion chloxydropeptique des protéines,
 - l'élévation du PH dans le jéjunum, ce qui permet le développement d'une flore bactérienne anormale,
 - la suppression de certains réflexes d'origine duodénale comme la production de sécrétine au contact d'une solution acide,
 - la carence en facteur intrinsèque,
 - l'absence d'ionisation de minéraux comme le fer et le calcium ;
- la section bilatérale des pneumogastriques, susceptibles de troubler :
 - la motilité intestinale,
 - la régulation de certaines sécrétions exocrines, telles que celles du pancréas ;
- l'exclusion du duodénum du transit digestif, lors de certains types de rétablissement de la continuité.

Ces modifications de la physiologie digestive entraînent une série de troubles fonctionnels et métaboliques dont nos dossiers permettent une bonne analyse mais dont il est souvent malaisé de se faire une idée de leur incidence pratique.

III. — PROFILS DES MALADES

Notre étude porte sur 220 observations établies en neuf ans au Centre Médico-Diététique de Forcilles.

Les malades nous ont été adressés au Centre en post-opératoire précoce par les hôpitaux et cliniques de Paris, de la région parisienne et de province.

TABLEAU N° 2
SEXE DES OPERES

		Masculin	Féminin
Anse en Y	95 cas	64	31
Anse interposée	42 cas	30	12
Anse en oméga	21 cas	17	4
Tomoda	16 cas	13	3
Rosanov	4 cas	3	1
Néogastre	3 cas	3	—
Autres procédés	11 cas	8	3
Non précisés	28 cas	21	7
TOTAL	220 cas	159 (72 %)	61 (28 %)

La prédominance masculine est nette et ce, quelque soit le mode de rétablissement de la continuité digestive.

Ceci s'explique aisément par le fait que la gastrectomie totale est dans la majorité des cas, réalisée pour cancer (Tableau n° 6).

Rappelons à ce propos qu'en 1959, le nombre total de mortalité par cancer gastrique en France était de 39 hommes et 21 femmes pour 100.000 habitants.

TABLEAU N° 3
AGE DES OPERES

		20 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	Sup. à 70 ans
Anse en Y	95 cas	1	4	10	20	40	20
Anse interposée	42 cas	1	4	5	10	15	7
Anse en oméga	21 cas	1	1	2	5	6	6
Tomoda	16 cas	1	1	3	—	9	2
Rosanov	4 cas	—	—	—	1	2	1
Néogastre	3 cas	—	—	—	2	—	1
Autres procédés	11 cas	—	—	—	1	6	4
Non précisés	28 cas	—	1	4	6	10	7
TOTAL	220 cas	4 (2 %)	11 (5 %)	24 (11 %)	45 (20 %)	88 (40 %)	48 (22 %)

L'âge moyen des malades est de 62 ans.

Le plus jeune a 24 ans, le plus âgé 89 ans.

TABLEAU N° 4

DUREE ECOULEE DEPUIS L'INTERVENTION

		Inf. à 15 j.	Entre 15 j. et 1 mois	Entre 1 mois et 6 sem.	Entre 6 sem. et 2 mois	Entre 2 mois et 1 an	Sup. à 1 an
Anse en Y	95 cas	4	40	8	22	15	6
Anse interposée	42 cas	2	13	8	6	11	2
Anse en oméga	21 cas	—	2	12	3	4	—
Tomoda	16 cas	2	2	5	2	4	1
Rosanov	4 cas	—	1	3	—	—	—
Néogastre	3 cas	—	—	—	—	2	1
Autres procédés	11 cas	—	2	4	2	—	3
Non précisés	28 cas	—	2	12	3	10	1
TOTAL	220 cas	8 (4 %)	62 (28 %)	52 (23 %)	38 (17 %)	46 (21 %)	14 (7 %)

Un peu plus des *deux tiers* des opérés ont été suivis et traités au Centre entre *15 jours et deux mois* après leur intervention.

TABLEAU N° 5

DUREE DU SEJOUR

		Inf. à 1 mois	De 1 mois à 6 sem.	De 6 sem. à 2 mois	Sup. à 2 mois
Anse en Y	95 cas	7	41 (43 %)	38 (40 %)	9
Anse interposée	42 cas	3	22 (52 %)	10 (23 %)	7
Anse en oméga	21 cas	1	6 (29 %)	10 (50 %)	4
Tomoda	16 cas	2	5 (31 %)	8 (50 %)	1
Rosanov	4 cas	1	2	1	—
Néogastre	3 cas	—	3	—	—
Autres procédés	11 cas	1	3	5	2
Non précisés	28 cas	4	8	13	3
TOTAL	220 cas	19 (9 %)	90 (41 %)	85 (38 %)	26 (12 %)

La durée moyenne du séjour des opérés dans le Centre est de sept semaines.

TABLEAU N° 6

CAUSES DE L'EXERESE

	TUMEURS MALIGNES					ZOLLINGER- ELLISON	GASTRITES		DIVERSES
	Carcinomes		Sarcomes	Limites	hémorra- giques		Ménétrier		
	de localisa- tion diverse	sur moignon							
Anse en Y : 95 cas	72	9	—	7	2	—	1	4	
Anse interposée : 42 cas	34	—	2	2	1	—	2	1	
Anse en oméga : 21 cas	16	—	—	3	—	1	—	1	
Tomoda : 16 cas	11	—	—	4	—	—	1	—	
Rosanov : 4 cas	4	—	—	—	—	—	—	—	
Néogastre : 3 cas	2	—	—	1	—	—	—	—	
Autres procédés : 11 cas	9	1	—	—	—	—	—	1	
Non précisés : 28 cas	25	2	1	—	—	—	—	—	
TOTAL 220 cas	173	12	3	17	3	1	4	7	
			205 (93 %)				15 (7 %)		

93 % des gastrectomies totales ont été réalisées pour tumeurs malignes ; parmi celles-ci, notons que 158 exérèses (77 %) ont été faites de *nécessité* et 47 de *principe* (23 %).

La presque totalité des tumeurs gastriques est histologiquement de nature glandulaire : essentiellement des épithélioma glandulaires différenciés.

Parmi les trois sarcomes observés, deux étaient des lymphosarcomes, un était un réticulo sarcome.

Outre les trois cas de ZOLLINGER ELLISON et les cinq cas de gastrites, les lésions bénignes ayant bénéficié d'une exérèse, sont :

- deux ulcères perforés bouchés dans le pancréas ;
- deux ulcères géants et calleux ;
- deux ulcères peptiques massifs ;
- une polypose diffuse bénigne de l'estomac.

TABLEAU N° 7
**AMAIGRISSEMENT DEPUIS LE DEBUT
DE LA MALADIE**

		De 0 à 5 kg	De 6 à 10 kg	De 11 à 15 kg	De 16 à 20 kg	De plus de 20 kg
Anse en Y	95 cas	3	38	30	16	8
Anse interposée	42 cas	3	20	10	7	2
Anse en oméga	21 cas	2	6	6	5	2
Tomoda	16 cas	—	4	6	4	2
Rosanov	4 cas	1	1	1	1	—
Néogastre	3 cas	—	1	—	2	—
Autres procédés	11 cas	1	3	5	1	1
Non précisés	28 cas	1	8	10	9	—
TOTAL	220 cas	11 (5 %)	81 (37 %)	68 (31 %)	42 (20 %)	15 (7 %)

L'insuffisance de renseignements concernant les poids des malades immédiatement avant et après l'intervention ne nous a pas permis d'étudier le retentissement propre à l'exérèse sur le poids des opérés. Mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est exceptionnel de voir les opérés retrouver leurs poids préopératoires et à fortiori leur poids normal après gastrectomie totale.

L'évolution de la maladie cancéreuse ne peut être tenue pour responsable de l'état de dénutrition car nous recevons les malades dans des délais relativement courts après l'intervention (tableau n° 4), mais c'est essentiellement l'insuffisance de l'apport calorique qui doit être retenue.

IV. — LES INCIDENTS (*)

- La réduction de la capacité alimentaire.
- Le syndrome de distension iléale et le dumping syndrome.
- Les diarrhées.
- Les troubles dysphagiques et le reflux.
- Certains désordres biologiques.

1. La réduction de la capacité alimentaire :

Définition (d'après GOVAERTS, COLARD, KIEKENS, VAN GBERT-RUYDEN)

Elle consiste en une réduction des quantités d'aliments que le patient est capable d'ingérer, soit au cours d'un seul repas, soit en 24 heures. Elle relève de plusieurs causes :

- a) *L'anorexie*. Elle est rare cependant. SCHLATTER, auteur de la première gastrectomie totale en 1897, avait déjà observé que l'absence d'estomac n'abolit pas les sensations d'appétit et de faim.
- b) *Les troubles dysphagiques et les déglutitions douloureuses*. Ils incitent le malade à réduire son alimentation.
- c) *La suppression du réservoir gastrique et le remplissage rapide du jéjunum*. Ils sont responsables des troubles que ressentent presque tous les opérés : sensation de gêne et de ballonnement épigastriques, semblables au « syndrome du petit estomac » observé après gastrectomie partielle.

En ce qui nous concerne, nous avons déclaré anorectiques les opérés dont la somme des ingesta journaliers ne dépassait pas 2.000 calories.

TABLEAU N° 8

ANOREXIE

Anse en Y	95 cas	32	33 %
Anse interposée	42 cas	7	16 %
Anse en oméga	21 cas	7	33 %
Tomoda	16 cas	8	50 %
Rosanov	4 cas	—	
Néogastre	3 cas	2	
Autres procédés	11 cas	2	
Non précisés	28 cas	4	
TOTAL	220 cas	62	28 %

(*) Ces résultats sont donnés sans tenir compte de la cause des gastrectomies totales et classés selon les différents modes de rétablissement de la continuité digestive.

28 % des malades ont vu leur capacité alimentaire réduite et le rester. Nous avons essayé de trouver une étiologie à cette anorexie rebelle et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

— Sur ces 62 anorectiques :

- 18 (29 %) étaient exempts de tout trouble fonctionnel,
- 44 (71 %) présentaient différentes manifestations digestives.

Parmi les 18 :

- pour la moitié d'entre eux, le compte rendu opératoire révélait la présence de métastases hépatiques ;
- cinq opérés ont témoigné une incompréhension totale aux règles diététiques ;
- pour quatre d'entre eux, nous n'avons pu mettre en évidence une cause à leur anorexie.

Parmi les 44 : La fréquence des troubles fonctionnels s'établit comme suit :

- Reflux et troubles dysphagiques : 27 cas (61 %)
- Diarrhée : 18 cas (41 %)
- Distension iléale : 9 cas (20 %)
- Dumping : 7 cas (16 %)

On voit ici l'incidence pratique du reflux œsophagien, à savoir une anorexie tenace et rebelle.

En se rapportant aux tableaux 11 et 12, on peut affirmer que les exérèses totales de l'estomac dont le rétablissement de la continuité digestive est pratiqué selon le procédé de TOMODA, sont assez mal tolérées sur le plan nutritionnel, alors que celle réalisées par œsojéjunostomie en Y et par anse interposée le sont beaucoup mieux.

2. Syndrome de distension iléale et dumping syndrome

Au terme de syndrome du « petit estomac » des gastrectomies partielles, nous avons substitué celui de « *distension iléale* » qui correspond à la sensation post-prandiale pénible de l'augmentation de l'anse efférente.

Il s'agit d'un incident bénin qui a toujours regressé par des mesures diététiques simples.

Nous l'avons rencontré 41 fois (18,5 %) et ce pourcentage est sensiblement le même quelque soit le type de rétablissement de la continuité.

Le *dumping syndrome* associe à une sensation d'asthénie profonde et brutale des troubles vasomoteurs et une impression de plénitude gastrique. Sa survenue est post-prandiale précoce : de 5 à 20 minutes après l'absorption alimentaire.

Nous en avons compté 45 (20,5 %) parmi lesquels, nous incluons le syndrome tardif post-prandial lié à une hypoglycémie.

TABLEAU N° 9

		Distension iléale	Dumping	Distension iléale plus dumping
Anse en Y	95 cas	19 (20 %)	14 (14 %)	2 (2 %)
Anse interposée	42 cas	11 (26 %)	9 (21 %)	3 (7 %)
Anse en oméga	21 cas	4 (19 %)	7 (33 %)	4 (19 %)
Tomoda	16 cas	3 (18 %)	4 (25 %)	—
Rosanov	4 cas	2	1	—
Néogastre	3 cas	—	1	—
Autres procédés	11 cas	—	1	—
Non précisés	28 cas	2	8	1
TOTAL	220 cas	41 (18,5 %)	45 (20,5 %)	10 (4,5 %)

Les résultats ne sont pas suffisamment éloquentes pour en rendre responsable le montage.

Néanmoins le dumping syndrome (qui ne se présente d'ailleurs pas toujours avec sa symptomatologie complète) est moins fréquent après anastomose sur anse en Y.

3. Diarrhées

Les diarrhées sont fréquentes après gastrectomie totale : 86 cas parmi les opérés (39 %).

Il s'agit le plus souvent de selles semi-liquides assez abondantes émises très vite après les repas. Les grandes débâcles de diarrhées acqueuses sont exceptionnelles et le plus souvent d'une autre origine : médicamenteuse, antibiotique, toxique ou autre.

L'étude fonctionnelle de la digestion que nous demandons au Laboratoire Goiffon d'effectuer systématiquement depuis trois ans, nous a montré que la *stéatorrhée* (*) était présente dans 95 % des gastrectomies totales. *L'insuffisance de digestion des fibres protéiques* est un peu moins fréquentes : de l'ordre de 65 %.

TABLEAU N° 10

		DIARRHÉES	
Anse en Y	95 cas	43	45 %
Anse interposée	42 cas	18	43 %
Anse en oméga	21 cas	5	24 %
Tomoda	16 cas	6	37 %
Rosanov	4 cas	2	
Néogastre	3 cas	—	
Autres procédés	11 cas	5	
Non précisés	28 cas	7	
TOTAL	220 cas	86	39 %

La fréquence de la diarrhée est sensiblement la même quel que soit le type de rétablissement de la continuité, à l'exception, cependant, du procédé de « l'anse en oméga » qui semble améliorer la qualité des résultats.

4. Troubles dysphagiques

Ils sont d'intensité variable, se manifestant surtout par des douleurs rétrosternales, une sensation de gêne à la déglutition.

Nous les avons séparés des reflux bien que, comme de nombreux auteurs, nous ayons observé une corrélation étroite entre les phénomènes dysphagiques et le reflux.

TABLEAU N° 11

		TROUBLES DYSPHAGIQUES	
Anse en Y	95 cas	21	22 %
Anse interposée	42 cas	12	28 %
Anse en oméga	21 cas	5	24 %
Tomoda	16 cas	7	43 %
Rosanov	4 cas	1	
Néogastre	3 cas	1	
Autres procédés	11 cas	2	
Non précisés	28 cas	4	
TOTAL	220 cas	53	24 %

(*) Taux de graisses supérieure à 5 grammes par 24 heures.

5. Reflux

Le reflux œsophagien est un reflux des sécrétions bilio-pancréatiques imposant une position demi-assise et s'accompagnant quelque fois de pyrosis et de vomissements.

TABLEAU N° 12

REFLUX			
Anse en Y	95 cas	15	16 %
Anse interposée	42 cas	6	14 %
Anse en oméga	21 cas	4	19 %
Tomoda	16 cas	5	37 %
Rosanov	4 cas	1	
Néogastre	3 cas	2	
Autres procédés	11 cas	1	
Non précisés	28 cas	8	
TOTAL	220 cas	42	18 %

Un peu moins d'un gastrectomisé sur cinq est atteint de reflux.

Le pourcentage le plus élevé concerne les exérèses totales avec rétablissement de la continuité digestive selon le procédé de Tomoda : 5 cas sur 16 (37 %). Cette constatation va à l'encontre des observations de : DOUTRE, PERISSAT, BEAULIEU et GOUFFRANT qui chez leurs 16 opérés selon la même technique ne retrouvent qu'un seul reflux.

Le pourcentage le plus faible est celui des interpositions d'anse jéjunale : 6 cas sur 42 (14 %).

Notons enfin que, quel que soit le procédé utilisé, le reflux s'accompagne d'une limitation du nombre des ingesta journaliers, nous l'avons vu.

TABLEAU N° 13

6. Désordres biologiques

		ANÉMIE (1)	HYPO- PROTIDÉMIE (2)	HYPO- ALBUMINÉMIE (3)	HYPERGAMMA- GLOBULINÉMIE (4)	HYPOCHOL- ESTEROLEMIE (5)
Anse en Y	95 cas	24 (25 %)	9 (9 %)	34 (35 %)	56 (59 %)	38 (40 %)
Anse interposée	42 cas	9 (21 %)	6 (14 %)	15 (35 %)	19 (45 %)	15 (35 %)
Anse en oméga	21 cas	3 (14 %)	4 (19 %)	12 (57 %)	14 (66 %)	8 (38 %)
Tomoda	16 cas	5 (31 %)	4 (25 %)	4 (25 %)	4 (25 %)	5 (31 %)
Rosanov	4 cas	1	1	1	1	2
Néogastre	3 cas	1	—	—	—	1
Autres procédés	11 cas	1	—	4	4	2
Non précisés	28 cas	2	1	8	16	11
TOTAL	220 cas	46 (21 %)	25 (11 %)	76 (35 %)	114 (52 %)	82 (37 %)

(1) Nombre de globules rouges inférieur à 4 millions pour les hommes, 3,8 millions pour les femmes

(2) Protidémie inférieure à 60 g/l.

(3) Albuminémie inférieure à 30 g/l.

(4) Gamma-globulinémie supérieure à 20 g/l.

(5) Cholestérolémie inférieure à 1,50 g/l.

Nous n'avons donné que les résultats des perturbations biologiques les plus significatives :

- 1° *Les anémies* : Il s'agissait d'anémies hypochromes dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 13, 5 g chez l'homme et 11,5 g chez la femme.

Cette anémie hypochrome est due à des troubles de la résorption du fer consécutifs à l'absence de sécrétion acide. Le PH du bol alimentaire restant trop élevé, le fer contenu dans les aliments sous forme d'hydroxyde colloïdal ou de composés organiques, n'est plus ionisé ni réduit en ions ferreux, seuls capables de se fixer sur l'apoferritine incluse dans les cellules de la muqueuse intestinale ; en outre, l'accélération du transit diminue également l'absorption du fer.

Rappelons que ce n'est qu'environ 3 à 7 ans après la gastrectomie qu'apparaît en général le déficit en facteur B 12.

Signalons enfin un syndrome anémie protéoprive décrit par certains auteurs (FAUVERT et HARTMANN) caractérisé par une réduction des protéines plasmatiques et de la quantité d'hémoglobine circulante.

- 2° *Le métabolisme protidique* : Il est ici difficile d'établir avec précision l'influence des différents montages sur les résultats. Nous n'avons pu pratiquer de bilans azotés et nous nous sommes contentés d'un dosage des protides sanguins totaux et de l'électrophorèse des protéines.

- 3° *Le métabolisme lipidique* : Les perturbations les plus nettes concernent le cholestérol dont le taux sanguin s'abaisse chez plus du tiers des gastrectomisés ; le mode de rétablissement de la continuité digestive ne semblant pas avoir d'influence marquante sur ce résultat.

- 4° *Quant au métabolisme glucidique* étudié sur la glycémie, la glycosurie et l'hyperglycémie provoquée, les troubles ne nous sont pas apparus suffisamment significatifs pour devoir être signalés. Pour GOVAERTS, COLARD, il existe chez 50 % des malades opérés de gastrectomie totale pour cancer, à la fois des anomalies de la résorption et des troubles de l'utilisation tissulaire du glucose. Rappelons d'autre part que les hydrates de carbone sont particulièrement aptes à déclencher un dumping syndrome. Ceci pouvant s'expliquer par la petitesse des molécules et le haut pouvoir osmotique des sucres et des polysaccharides, ces derniers étant rapidement hydrolysés dans le jéjunum.

ETUDE DIETETIQUE DES SUITES OPERATOIRES PRECOCES DES GASTRECTOMIES TOTALES

Nous étudierons tout d'abord le rôle de la diététique dans les incidents fonctionnels des exérèses totales, puis nous résumerons les conseils d'ordre nutritionnel que l'on peut dispenser à ces opérés et nous envisagerons enfin deux exemples de réalimentation après gastrectomie totale.

I. — ROLE DE LA DIETETIQUE FACE AUX INCIDENTS FONCTIONNELS DES GASTRECTOMIES TOTALES

1. Le syndrome de distension iléale et le dumping syndrome

Nous avons observé 41 fois le syndrome de distension iléale (18,5 %), incident bénin qui a toujours régressé par des mesures diététiques simples : fractionnement de la ration alimentaire quotidienne en 5 à 7 prises.

Quarante-cinq dumping syndromes parmi lesquels nous incluons les syndromes hypoglycémiques tardifs (20,5 %).

L'existence d'un dumping syndrome impose :

- une très grande rigueur dans le fractionnement des repas ;
- la suppression des sucres purs rapidement assimilés (sirop, jus de fruits, confitures, miels) ; l'apport en hydrate de carbone étant assuré essentiellement sous forme d'amidon, pâtes, biscottes, pommes de terre, légumes ;
- il est également utile de répartir ces hydrates de carbone à peu près également au cours des 6 repas et surtout de débiter ces repas par les protéines : la viande, le poisson, les œufs, éventuellement le fromage, et de reporter les glucides à la fin du repas.

VOICI UN EXEMPLE DE REPARTITION

Petit déjeuner :

- un œuf coque ou une tranche de jambon ;
- une biscotte ;
- thé léger sans sucre (demi-bol).

10 heures :

- 40 g fromage à pâte cuite ;
- une biscotte.

Déjeuner et dîner :

- viande ou poisson ou volaille ;
- légumes verts ;

ou :

- féculents, pommes de terre, pâtes ou riz en petite quantité ;
- fromage à pâte cuite.

Goûter :

- idem petit déjeuner ou supplément du matin.

14 heures et 21 heures :

- un fruit cuit sans sucre.

Enfin dans les cas résistants, nous avons obtenu de très bonnes améliorations par l'emploi des médications anti-sérotonine.

2. Les diarrhées

Beaucoup plus fréquentes : 86 cas sur 220 opérés (39 %), les diarrhées, les insuffisances de digestion des graisses et des fibres musculaires n'ont que rarement entravé la reprise pondérale et la correction de la dénutrition.

Il faut éviter l'erreur qui consisterait à imposer des restrictions diététiques sévères, telles que le classique régime sans résidu (riz-grillades, grillades-riz) qui n'a aucune justification dans ce type de troubles et conduit inévitablement au dégoût alimentaire.

Il n'est pas non plus logique de réduire l'apport lipidique chez les malades carencés et il est certain que l'apparition sur le marché de triglycérides à chaînes moyennes pourra rendre de grands services.

Bien souvent, la seule adjonction d'extraits pancréatiques lyophilisés, à condition de les administrer à fortes doses, suffit à corriger en partie ces diarrhées.

3. Le reflux

Il représente sur le plan diététique la complication la plus redoutée. Nous nous sommes trouvés le plus souvent impuissants à le réduire par les moyens médico-diététiques. Nous l'avons rencontré 42 fois sur 220 malades (18 %).

L'existence de ce reflux entraîne une diminution importante de l'apport alimentaire par les douleurs qu'il provoque, par la peur alimentaire qui en résulte et c'est parmi ces malades que nous avons enregistré nos plus sérieux échecs : près de 70 % d'entre eux n'ont pas repris de poids, voire même ont maigri pendant leur passage chez nous.

Sur le plan diététique, il faut :

- insister sur le fractionnement des repas et même multiplier leur nombre ;
- être sévère sur la suppression des aliments irritants ou acides ;
- insister sur les petits moyens tels que la marche après les repas, le sommeil en position semi assise, la suppression de toute contention abdominale (ceinture, etc.) ;
- recourir bien entendu aux plâtrages et poudres absorbantes ;
- parfois l'institution d'un régime lacté, avec certaines réserves concernant le lait que nous reverrons, peut amener une amélioration, mais ces régimes sont rarement acceptés et tolérés plus que quelques jours.

Bien souvent, il nous faut admettre l'échec de nos prescriptions diététiques.

II. — QUELS CONSEILS DIETETIQUES PEUT-ON DONNER A UN MALADE APRES GASTRECTOMIE TOTALE ?

I. Réalimentation précoce au cours de la première semaine

Bien entendu, priorité est laissée pendant cette période à la réanimation et à la correction par voie parentérale des déséquilibres hydro-électrolytiques éventuels.

Nous pensons que l'on peut généralement faire boire l'opéré dès le premier jour qui suit l'intervention par petites gorgées : 500 cc d'eau dextrosée à 10 %, le deuxième jour ce volume est porté à un litre, le troisième jour à un litre et demi, soit 600 calories. A partir du quatrième jour, la réalimentation débute par l'adjonction de bouillon de légumes salés, de lait écrémé, de crèmes de céréales. Les cinquième et sixième jours, introduction d'un yaourt, de pâtes fines, d'un œuf sous forme de crème, de légumes et fruits cuits passés ou homogénéisés (tels qu'on en trouve dans le commerce pour l'alimentation infantile), enfin de viande de bœuf grillée hachée bien cuite.

Vers les septième et huitième jours, on doit arriver à une alimentation en six petits repas. Par exemple :

Petit déjeuner :

- lait écrémé sucré ;
- une ou deux biscottes légèrement beurrées.

Dans la matinée :

- un petit suisse ou un yaourt sucré.

Déjeuner :

- steak grillé : 75 g ;
- légumes passés ;
- fromage à pâte ferme : 30 g ;
- un fruit en compote ;
- une ou deux biscottes.

Dans l'après-midi :

- lait écrémé sucré ;
- deux ou trois gâteaux secs.

Dîner :

- potage aux légumes passés ou pâtes fines ;
- un œuf à la coque ;
- un yaourt ;
- un fruit en compote ;
- une biscotte.

Avant le sommeil :

- un verre de lait écrémé sucré.

2. Réalimentation au cours de la deuxième semaine (environ 1.800 calories - 70 g de protides).

On conserve les mêmes bases diététiques mais nous augmentons très progressivement les quantités d'aliments, surtout la viande ou le poisson, le fromage, les biscottes.

Ici, il convient d'être d'une extrême prudence, en effet :

- il s'agit de sujets souvent très dénutris, accusant parfois une perte de plus de 30 % de leur poids ;
- l'apparition d'une diarrhée par surcharge alimentaire est toujours grave à ce stade ;
- mieux vaut au besoin respecter un certain palier et en rester aux chiffres caloriques du huitième jour que de rechercher à tous prix une reprise pondérale rapide que l'on obtiendra généralement plus facilement pendant la convalescence proprement dite.

Toutefois, dans la plupart des cas, on peut arriver vers le quinzième jour à un apport de 2.200-2.300 calories et 90 g de protides.

Enfin, il faut assurer un apport hydrique suffisant de l'ordre de un litre à un litre et demi par 24 heures sous forme exclusivement d'eau minérale non gazeuse ou de tisanes, en recommandant au patient de boire par petites quantités au cours de la journée, de préférence entre les repas mais jamais au début de ceux-ci.

3. La convalescence proprement dite

C'est vers le quinzième jour qu'elle débute théoriquement, c'est souvent vers cette période que le malade est autorisé à quitter le service de chirurgie. Il est à notre avis hautement souhaitable que ces opérés soient confiés pour cette convalescence à un centre diététique spécialisé car il est certain

que c'est en partie de l'observance et aussi de la compréhension des règles diététiques que nous allons rapidement énoncer que dépend l'avenir tout au moins fonctionnel et digestif de ces malades.

Le régime alimentaire a pour but essentiel, outre l'amélioration de l'état général, de pallier les conséquences :

- de la suppression de la poche gastrique et des fonctions mécaniques de l'estomac ;
- de la disparition de ses fonctions diastases ;

et d'éviter :

- les risques d'irritation de la muqueuse intestinale ;
- la dilatation brutale de l'anse jéjunale ;
- l'accélération du transit.

Pour y parvenir, il convient donc :

1° *De fractionner les repas*, six par jour (8 h, 10 h, 13 h, 16 h, 20 h, 22 h, par exemple).

2° *De supprimer les aliments riches en fibres* qui exigent un travail de brassage gastrique, soit essentiellement :

- les crudités ;
- les viandes à fibres longues ;
- les fruits non mûrs ;
- le pain bis ou complet.

A ce propos, il convient d'insister sur l'importance bien connue de l'état dentaire, précipiter sa remise en état et ne pas hésiter dans le cas contraire à avoir recours à une alimentation hachée. De toute façon, les viandes et les légumes seront cuits suffisamment longtemps pour obtenir une bonne désagrégation des fibres.

3° *Pour leur effet irritant, nous écartons :*

- les condiments forts ou acides ;
- les épices ;
- les apéritifs et alcools, le vin pur aussi, parce que l'on sait que la flèche d'alcoolémie est plus élevée, plus précoce, plus prolongée chez le gastrectomisé.

4° *Parce qu'ils sont susceptibles de favoriser une distension ou des fermentations intestinales, nous supprimons :*

- le pain frais et surtout la mie ;
- les légumes secs ;
- les légumes à goût fort (choux, etc.) ;
- les boissons gazeuses ;
- les gibiers, aliments fermentés, fritures, etc.

5° *Pour éviter l'accélération du transit :*

- les boissons et potages liquides au début des repas ;
- les aliments hyperosmotiques à jeun tel le sucre ;
- les glaces.

A ce propos, il est important de veiller à la température des aliments, ni trop chauds ni trop froids.

Nous avons enfin l'habitude de renoncer au café au lait très souvent mal toléré.

A ce sujet, le problème de l'intolérance au lait des gastrectomisés a été beaucoup discuté. Nous pensons que finalement il est assez simple :

- Ou bien il s'agit d'un opéré qui a perdu l'habitude depuis son enfance de boire du lait en dehors de quelques gouttes dans son café le matin, et il semble tout à fait illogique de le lui imposer après sa gastrectomie.
- Ou bien c'est un buveur de lait, ils sont rares en France, et dans ce cas il est presque toujours bien toléré après gastrectomie, à condition de le réintroduire progressivement, en mesurant sa susceptibilité, par l'emploi du lait écrémé, du fromage blanc, puis du lait entier.

A QUEL TAUX CALORIQUE DOIT-ON ARRIVER ?

Nous pensons qu'il est tout à fait illusoire de vouloir fixer un taux calorique et protidique défini.

Beaucoup trop d'éléments interviennent dans cette évaluation :

- les habitudes alimentaires antérieures ;
- l'âge ;
- le sexe ;
- le poids et la taille, etc.

De façon plus pratique, nous nous basons essentiellement sur :

- l'appétit du malade ;
- surtout sa courbe de poids ; si elle s'infléchit, nous avons recours à une augmentation des apports protidiques sous forme de peptides enrichis ou du commerce, en n'augmentant le moins possible *le volume* de son alimentation et en tenant toujours compte des goûts et surtout des dégoûts de notre malade.

TABLEAU N° 14

EVOLUTION PONDERALE DES OPERES AU COURS DE LEUR SEJOUR

		DEFICIT PONDERAL		POIDS STABLE	GAIN PONDERAL	
		de 1 à 5 kg	de 5 à 10 kg		de 1 à 5 kg	de 5 à 10 kg
Anse en Y	95 cas	15	1	21	43	15
Anse interposée	42 cas	5	—	10	24	3
Anse en oméga	21 cas	5	1	4	11	—
Tomoda	16 cas	1	—	9	6	—
Rosanov	4 cas	1	—	1	2	—
Néogastre	3 cas	2	—	—	1	—
Autres procédés	11 cas	2	—	5	2	2
Non précisés	28 cas	7	—	9	9	3
TOTAL	220 cas	38 (17 %)	2 (1 %)	59 (27 %)	98 (45 %)	23 (10 %)

Dans l'ensemble, le gain de poids est plus fréquent et plus important après transplant jéjunal (27 cas sur 42 = 64 %) qu'après anse en « Y » (58 cas sur 95 = 61 %) et anse en oméga (11 cas sur 21 = 52 %); il est plus rare dans les Tomoda (6 cas sur 16 = 37 %).

DEUX EXEMPLES DE REALIMENTATION APRES GASTRECTOMIE TOTALE

Avant d'exposer ces deux observations, nous étudierons brièvement le rôle de la diététicienne pendant le séjour de l'opéré au Centre médico-diététique de Forcilles.

Dès son arrivée, le malade est pris en charge par la diététicienne et ceci tout au long de son séjour.

LES FONCTIONS DE LA DIETETICIENNE D'HOSPITALISATION

Son rôle est :

- d'établir, en fonction du diagnostic, le régime du malade;
- d'interroger le malade sur ses goûts et habitudes alimentaires;
- de rédiger les feuilles individuelles des repas pour chaque malade;

- d'assurer et de surveiller l'alimentation des sujets qui lui sont confiés ;
- de contrôler leurs ingesta et d'en rendre compte au médecin ;
- de participer à l'éducation alimentaire du malade en lui expliquant le principe et le but du régime ;
- d'établir les régimes de sortie de chaque sujet et éventuellement de les revoir à l'extérieur.

1. La diététicienne et le malade

Dès son arrivée dans le centre, le malade est consulté par la diététicienne qui fait un interrogatoire alimentaire complet.

Ensuite, elle lui explique la composition du régime et sa nécessité, et surtout elle s'assurera de l'étroite collaboration de son patient, facteur déterminant pour l'amélioration de son état.

Après ce premier contact, la diététicienne établit un régime calculé à partir des prescriptions médicales et en fonction des habitudes et goûts alimentaires du malade.

Elle voit le malade après les deux principaux repas et peut ainsi vérifier ce qu'il a consommé ; au besoin elle le réconforte et l'encourage.

2. Surveillance et contrôle de l'alimentation du malade

Pour chaque malade, la diététicienne établit une feuille récapitulative où elle inscrit toutes les observations journalières. Lors de la visite, le médecin consulte cette fiche qui doit comprendre obligatoirement :

- le poids du malade ;
- le contrôle d'ingesta ;
- les remarques particulières intéressant le malade (acceptabilité du régime, état général, troubles digestifs, transit intestinal, etc.).

a) *Poids du malade*

Deux fois par semaine le malade est pesé par la diététicienne.

b) *Contrôle d'ingesta*

Dès leur arrivée au Centre de Forcilles, les malades subissent un contrôle d'ingesta pendant quatre jours.

On établit un régime calculé suivant l'affection du malade, et le contrôle d'ingesta sera effectuée après chaque repas. La diététicienne, chargée de vérifier le plateau du malade, rectifiera au besoin la ration du sujet, qui sera ainsi la ration réelle ingérée par le patient.

Ce contrôle d'ingesta consiste en un calcul du taux calorique et protidique, toutefois, dans le cas de régimes spéciaux tels que diabétiques, hypolipidiques, désodés, etc., on calcule le taux de glucides, lipides, sodium... de la ration.

Durant le séjour du malade, le contrôle est ensuite effectuée une fois par semaine.

Ce contrôle d'ingesta est nécessaire pour apprécier le taux calorique et protidique absorbé par le sujet, toutefois il manque de rigueur car le contrôle des plateaux n'est pas précis, en effet la diététicienne évalue les aliments non absorbés à la simple vue du plateau.

3. Les régimes de sortie

Lors de la visite, la diététicienne consulte le médecin pour le régime à effectuer en vue de la sortie du malade.

Chaque malade, lors de sa sortie du Centre de Forcilles, sera porteur d'un régime de sortie. Avant de l'établir, la diététicienne consulte le malade afin de connaître les horaires de travail et ses possibilités financières pour lui permettre de prévoir une répartition des repas et un régime qui lui conviendront.

Ce régime de sortie comprendra :

- les caractéristiques du régime ;
- des conseils diététiques : mode de cuisson des aliments, équivalences ;
- la composition du régime ;
- la liste des aliments permis et défendus ;
- les possibilités d'élargissement du régime ;
- exemple de menus.

La diététicienne elle-même remet et explique le régime de sortie au malade.

PREMIER EXEMPLE

Monsieur F...

Age : 62 ans

Taille : 1,70 m

Poids idéal : 65 kg

Poids habituel antérieur à la maladie : 72 kg.

Poids avant l'intervention : 63 kg.

Poids actuel à l'entrée : 54,700 kg.

Poids à la sortie : 56,500 kg.

Boissons alcoolisées : 1 l à 1,5 l de vin par jour.

Etat dentaire : bon.

Tabac : 1 paquet de cigarettes (filtres) par jour.

Gastrectomie totale élargie de nécessité pour néoplasme avec rétablissement de la continuité digestive par une œsojéjunostomie en « Y ».

Sortie le 12 juillet.

Dates	Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
5/6				A l'entrée, d'après l'interrogatoire alimentaire, le malade s'alimente actuellement sous forme hachée. On a déjà réintroduit certains légumes verts (haricots verts, salade, suite...) ; — Amaigrissement de 15 kg environ ; — Tendance à la diarrhée ; — Appétit médiocre. Régime sans fibres fractionné — forme hachée.
6/6	54,700	1.400	60	Ce jour, le malade s'alimente bien. Cependant, se plaint de quelques balonnements post-prandiaux : on explique au malade comment bien fractionner ses repas.
7/6		1.450		Ingesta dans l'ensemble médiocres.
8/6		1.500	65	Ce jour, on réintroduit un fruit très mûr sous forme écrasée (banane).
9/6	54,000	1.300	55	(*) Le malade signale ce jour avoir eu de la diarrhée dans la nuit. Peu d'appétit.
10/6				(*) Persistance de la diarrhée. Appétit diminué ce jour. Présence de quelques nausées. On resserre un peu le régime.
11/6		900	35	(*) Le malade vomit son petit-déjeuner. Pas d'appétit. On diminue les rations du sujet en donnant des petites préparations.
12/6				(*) La veille, le patient n'a pratiquement rien mangé. Apparaît chez ce malade un dégoût des aliments. On essaiera de compléter son alimentation par des préparations turmixées.
13/6	53,200			Amélioration du transit intestinal ; cependant persistance de l'anorexie. <i>L'alimentation maintenant sous forme turmixée</i> semble mieux acceptée ; au profit de celle-ci, on abandonne donc l'alimentation sous forme hachée.
				(*) Incident.

Dates		Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
14/6					Appétit toujours médiocre. Arrêt des vomissements mais persistance de l'état nauséux.
15/6			1.000	50	Ingesta très faibles mais le malade semble manger avec un peu plus d'appétit.
16/6		53,000			Légère perte pondérale due à la diminution des ingesta.
17/6					Le malade accepte bien le régime turmixé. Plus de nausées. Transit intestinal normal.
18/6					Meilleur appétit. On augmente légèrement les rations.
19/6					Très nette amélioration de l'état général. On commencera à élargir le régime mixé.
20/6		53,000			Le malade commence à se lasser de l'alimentation turmixée :
21/6			1.300	55	on donne des aliments finement hachés. Arrêt de l'alimentation turmixée.
22/6					<i>Alimentation sous forme hachée.</i>
23/6		53,500			Le malade s'alimente bien, sans troubles digestifs. Fractionne correctement ses repas. Transit intestinal normal. Réintroduction des légumes verts tendres.
24/6					
25/6					
26/6			1.700	65	La texture hachée semble bien tolérée jusqu'à ce jour. Le malade reprend de l'appétit. On élargira progressivement le régime.
27/6		53,900			Réintroduction de la viande tendre entière.
28/6					Reprise pondérale encore faible mais les ingesta sont en bonne progression. (*) Le malade a eu une selle diarrhéique, n'a pas semblé supporter la salade cuite.

(*) Incident.

Dates	Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
29/6 30/6	54,200	2.000	70	Bonne tolérance du régime ; alimentation sous forme normale. Début de la reprise pondérale. Toutefois, le malade signale présenter quelques ballonnements post-prandiaux que l'on attribue à une ingestion trop rapide d'aliments. Réintroduction des fruits crus bien mûrs.
1/7 2/7 3/7				Les fruits crus sont bien tolérés. Disparition des troubles digestifs. Le malade fractionne bien son alimentation et mange plus lentement.
4/7 5/7	54,900	2.400	80	Ingesta maintenant satisfaisants. Début d'une bonne reprise pondérale. Transit intestinal normal. On réintroduit le pain rassis.
6/7 7/7 8/7 9/7	55,600			L'introduction du pain rassis n'a occasionné aucun trouble.
10/7		2.700	80	Excellents ingesta ; sur le plan diététique, le malade ne pose plus de problèmes. Reprise pondérale satisfaisante et actuellement en bonne voie.
11/7 12/7	56,500			Le malade quitte le Centre ce jour avec un régime de sortie sans fibres fractionné.

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— thé au lait écrémé (un demi-bol) — 2 biscottes — 1 beurre — 1 crème de gruyère	— 1 œuf coque — 1 biscotte	— 1 fruit au sirop — biscuits

DATE	DEJEUNER	DINER
Mardi 5/6		— rôti de veau — haricots verts — hollandaise — semoule à l'orange
Mercredi 6/6	— steak haché — fonds d'artichauts — riz créole — comté — pêches au sirop	— escalope — salade cuite — purée — saint-paulin — poire cuite
Jeudi 7/6	— tournedos — carottes — pommes anglaises — suisses — savoie	— jambon — asperges — macaronis — pyrénées — poires au sirop
Vendredi 8/6	— limande — riz cantonnais — hollandaise — banane	— cailles — gnocchis — cantal — compote + biscuits
Samedi 9/6	— côte de veau — fonds d'artichauts — macaronis — cado — crème renversée (*)	— foie de veau — asperges — pommes boulangères — comté — fruits cocktail
Dimanche 10/6	— poulet — nouilles (*) — saint-paulin — tarte aux pommes	— gigot — courgettes (*) — pommes en robe — édam — poire cuite

(*) Incident

DATE	DEJEUNER	DINER
Lundi 11/6	— rosbif — purée — pomme cuite + savoie	— rôti de veau — coquillettes — pêches au sirop
Mardi 12/6	— jambon — petites pâtes — gruyère	— colin court-bouillon — semoule au gruyère — pomme bonne femme

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— potage épais (un demi-bol)	— crème de gruyère	— demi-bouillie au lait écrémé

DATE	DEJEUNER	DINER
Mercredi 13/6	— 1/2 turmix bœuf — foie haricots verts — petites pâtes	— 1/2 turmix soupe au gruyère — tomme
Jendredi 14/6	— 1/2 turmix rôtie de veau — compote de fonds d'artich. pommes	— 1/2 turmix gigot carottes — crème pâtissière
Vendredi 15/6	— 1/2 turmix soupe au jambon — fromage blanc à la fraise	— 1/2 turmix escalope salade cuite — banane turmixée
Samedi 16/6	— 1/2 turmix truite purée — pêches sirop turmixées	— 1/2 turmix : gnocchis — petits suisses à la cerise
Dimanche 17/6	— 1/2 turmix gigôt courgettes — yaourt — ananas au sirop	— 1/2 turmix poulet riz — crème meunière — poire cuite
Lundi 18/6	— 1 turmix bœuf — fromage blanc aux haricots verts bananes — savoie	— 1/2 turmix cervelle purée — crème renversée — madeleine

DATE	DEJEUNER	DINER
Mardi 19/6	— 1 turmix : potage au gruyère — yaourt fruité — fruits cocktail turmixés	— 1 turmix jambon fonds d'artichauts — petits suisses — crème St-Honoré
Mercredi 20/6	— œuf coque — purée — demi-sel — flan	— 1 turmix lapin courgettes — fromage blanc de campagne — banane pochée
Jeudi 21/6	— steak haché — pointes d'asperges — Béchamelle — velouté Danone — compote de poires	— cervelle — petites pâtes — pyrénées — pêche cuite
Vendredi 22/6	— truite au bleu — fonds d'artichauts — Maître d'Hôtel — hollandaise — crème péruvienne	— rosbif — semoule au gruyère — yaourt bulgare — pomme meringuée
Samedi 23/6	— gigôt haché — coquillettes — Gouda — fromage blanc à la crème de marrons	— jambon haché — purée — petit Gervais — poires au sirop
Dimanche 24/6	— tournedos haché — purée d'haricots verts — Danone cerise — biscuits cuillère	— poulet haché — pomme vapeur — crème Chester — pomme au four

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	10 HEURES	DINER
— thé au lait (1/2 bol)		
— 2 biscottes	— 1 œuf coque	— biscuits
— 10 g beurre	— 1 biscotte	— 1 fruits au sirop
— 1 crème de gruyère		

DATE	DEJEUNER	DINER
Lundi 25/6	— steak haché — riz créole — hollandaise — banane écrasée	— œuf coque — purée carottes — pyrénées — crème renversée
Mardi 26/6	— tournedos — asperges mousseline — macaronis — gâteau de semoule	— filet de sole — purée — Saint-Paulin — pomme plombière
Mercredi 27/6	— steak — carottes persillées — spaghetti — cado — fruits cocktail	— escalope — salade cuite béchamelle — pyrénées — pêches au sirop
Jeudi 28/6	— lapin rôti — coquillettes au gratin — fromage blanc enrichi — clafoutis aux poires	— tournedos — riz aux herbes — gouda — crème meunière chocolat
Vendredi 29/6	— darne colin court bouillon — fonds d'artichauts beurre — pommes de terre château — emmenthal — poire cuite	— œuf mollet sauce Mornay — courgettes braisées — macaronis beurre — fromage blanc — pêche pochée
Samedi 30/6	— asperges « citronnette » — rôti de veau — gâteau de pommes de terre — Saint-Paulin — ananas sirop	— rôti de porc — riz cantonnais — hollandaise — Esquiveige fraise

DATE	DEJEUNER	DINER
Dimanche 1/7	— gigot — courgettes persillées — nouilles au beurre — crème de gruyère — pêches très mûres	— poulet — haricots verts — pommes en robe — yaourt à la poire — biscuits
Lundi 2/7	— rosbif — gnocchis — comté — poire bourdalane	— omelette au gruyère — carottes vichy — petits paniers — fromage blanc — compote de pommes
Mardi 3/7	— langue de veau — blancs de poireaux gratinés — pommes de terre fondantes — pyrénées — petite banane très mûre	— limande au four — purée — cado — crème caramel — madeleine
Mercredi 4/7	— fonds d'artichauts « citronnette » — foie de veau — pommes anglaises — comté — pêche	— côte de veau — courgettes — papillon au gruyère — crème de Chester — Flymm (crème renversée)
Jeudi 5/7	— tournedos Maître d'Hôtel — carottes persillées — pommes de terre duchesse — petits suisses — clafoutis aux pommes	— asperges roulées au jambon — pomme en robe — pyrénées — poires au sirop
Vendredi 6/7	— betteraves mimosa — émincé de veau — coquillettes charbonnière — hollandaise — biscuit roulé crème pâtissière	— cailles rôties — semoule au gruyère — blancs de poireaux gratinés — petits suisses à la vanille — crêpes dentelles
Samedi 7/7	— côte de porc — nouilles au beurre — comté — fromage blanc + fruits au sirop	— rosbif — purée — cado — poire très mûre

DATE	DEJEUNER	DINER
Dimanche 8/7	— pintade — haricots verts + carotte beurre — pomme château — crème de gruyère — pêche	— gigot — riz aux herbes — yaourt bulgare fraise — pomme cuite
Lundi 9/7	— cœur de palmier «citronnette » — rôti de veau — spaghetti beurre — fromage blanc — compote de pêche	— œuf coque — courgettes Mornay — demi-sel — poire plombière
Mardi 10/7	— filet de bœuf rôti — gratin dauphinois — cantal — crème patissière aux fruits	— colin Maître d'Hôtel — carottes Vichy — gouda — pomme rapée crue
Mercredi 11/7	— rôti de dinde — fonds d'artichauts au jus — coquillettes — suisses — compote pêche + poire	— tournedos — asperges mousseline — pommes de terre écrasées persillées — cado — poire mûre

DEUXIEME EXEMPLE

Monsieur M...

Age : 45 ans

Taille : 1,64 m

Poids idéal : 60,500 kg

Poids habituel antérieur à la maladie : 72 kg (pléthorique).

Poids avant l'intervention : 66 kg.

Poids actuel à l'entrée : 55 kg.

Poids à la sortie : 59,700 kg.

Boissons alcoolisées : 1 l de vin par jour.

Etat dentaire : bon.

Tabac : 1 paquet de cigarettes par jour.

Gastrectomie totale élargie de nécessité pour néoplasme, avec rétablissement de la continuité digestive par interposition d'une anse jujénale.

Sortie le 14 septembre.

Dates	Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
11/8				Régime sans fibre large, fractionné. Forme hachée.
13/8	54,800	1,700	60	A l'entrée, le malade est très amaigri, mais il était pléthorique avant sa maladie. On établit un régime fractionné en cinq repas, en expliquant bien au malade de manger le plus lentement possible. On ne donne pas de boisson au petit déjeuner car le malade a signalé des sueurs et des vertiges après ce premier repas. <i>On réintroduit des carottes en purée</i> car le malade n'avait pas remangé de légumes depuis son opération.
14/8		1,750	60	
15/8				L'élargissement du régime a été bien toléré. On redonne au malade de la viande non hachée.
16/8	55,200			(*) Le malade a eu un petit malaise post-prandial avec bouffées de chaleur et sueurs, il avoue avoir avalé sa viande sans la mâcher, et avoir mangé trop à la fois et trop vite.
17/8		1,950	65	
18/8				(*) Le malade a rendu son déjeuner, il n'a pas supporté les abricots au sirop : trop d'acidité. On donne un repas plus léger le soir.
19/8				On essaie de donner du thé au petit déjeuner en remplacement de la bouillie. Le malade a repris 600 grammes depuis son arrivée.
20/8	55,600			
21/8		1,950	60	
22/8				
23/8	55,800			Le malade a plus d'appétit ; on augmente son petit déjeuner, et l'on modifie la collation et le goûter pour varier les aliments donnés.
				(*) Incident.

Dates		Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
24/8			2.000	80	(*) Le malade présente un petit épisode diarrhéique le 24 ; il n'a pas supporté les fonds d'artichauts ; on resserre le régime pendant deux jours.
25/8					
26/8					Le malade perd un peu de poids après l'épisode diarrhéique. A présent, il va mieux et a meilleur appétit. <i>On augmente un peu les rations.</i>
27/8		55,500			
28/8			2.500	98	(*) Le malade signale quelques renvois acides. Il attribue cela au lapin qu'il n'a pas digéré ! Excellente prise de poids de 700 grammes en quatre jours. Le malade a de bons ingesta.
29/8		56,200			
30/8			2.800	110	<i>On réintroduit du pain rassis</i> car le malade ne veut plus de biscottes.
31/8					
1/9					Le malade ayant bien toléré le pain, on remplace toutes les biscottes. Le malade a chaque jour plus d'appétit. Essai de fruit cru mûr.
2/9					
3/9		57,000			La crudité a été bien supportée. Le malade n'a pas eu de diarrhée. Excellente prise pondérale : 1,100 kg en quatre jours.
4/9			3.000	115	
5/9					
6/9		58,100			
7/9			2.950	110	

Dates	Poids	Calories	Protides	OBSERVATIONS DIETETIQUES
8/9				Le malade a bien toléré les champignons de son hors-d'œuvre du 7 à midi.
9/9				On redonne des fonds d'artichauts au malade qui les supporte bien.
10/9	58,800			A présent, le malade mange et supporte bien les fruits crus mûrs. Il reprend 700 grammes en quatre jours.
11/9		3.100	120	<i>On donne des carottes râpées très finement.</i> Le malade les supporte bien.
12/9				Très bonne prise de poids de 900 grammes en quatre jours.
13/9	59,700			<i>Le malade sort ce jour en ayant pris 5 kg et avec un régime bien élargi.</i> Il est maintenant à 700 grammes de son poids idéal.
14/9				

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— bouillie enrichie : 1 bol	— fromage cuit : 30 g — biscotte : 1	— fruit cuit — biscuits secs

DATE	DEJEUNER	DINER
Lundi 13/3	— rôti de veau haché — pommes de terre boulang. — gouda : 20 g — crème pérurv. + biscuits — biscotte : 1	— jambon — coquillettes au beurre — fromage blanc — compote — biscotte : 1
Mardi 14/8	— tournedos haché — carottes moulinées * — riz créole — yaourt — fruit cocktail — biscotte	— cervelles maître d'hôtel — purée — cantal : 20 g — œufs au lait caramel — biscotte
Mercredi 15/8	— rôti de veau haché — papillons au gruyère — édam : 20 g — pêches au sirop — biscotte	— steak haché — pommes en robe — crème de gruyère — crème pâtissière — biscotte
Jeudi 16/8	— gigot entier * — pointes d'asperges beurre * — pomme de terre fondante — petits suisses aux fruits — compote — biscotte	— omelette aux fines herbes — pâtes au gratin — pyrénées : 20 g — flan au caramel — biscotte
Vendredi 17/8	— Haricots verts en salade (citronnette) — colin au court-bouillon + beurre — pommes de terre anglaises — gouda : 30 g — gâteau semoule au caramel — biscotte	— blanquette de veau « diététique » (sans vin) — carottes braisées — riz créole — suisses — macédoine de fruits — biscotte
Samedi 18/8	— tournedos — spaghetti au beurre — cantal : 30 g — abricots bourdaloue (*) — biscotte	— jambon — purée — yaourt — compote

* Réintroduction d'un élément nouveau.

(*) Incident.

DATE	DEJEUNER	DINER
Dimanche 19/8	— rosbif — courgettes braisées — pommes de terre château — saint-paulin : 30 g — gâteau de riz caramel — biscottes : 2	— rôti de veau — pâtes au beurre — fromage blanc — poires au sirop + biscuits — biscottes : 2

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— thé *	— fromage cuit : 40 g	— fruit cuit
— biscottes : 2	— biscottes : 2	— biscuits
— beurre : 10 g		

DATE	DEJEUNER	DINER
Lundi 20/8	— asperges citronnette — pintade rôtie — purée mousseline — émental : 30 g — flan au caramel — biscottes : 2	— œufs durs sauce Mornay — salade cuite — riz ciboulette — suisses — compote — biscottes
Mardi 21/8	— biscottes : 2 — langue de veau — carottes béchamelle — macaroni — fromage blanc à la fraise — pomme cuite	— biscottes : 2 — limande meunière — courgettes au beurre — pommes anglaises — cantal : 30 g — crème pâtissière
Mercredi 22/8	— œuf cocotte — steak — asperges au beurre — spaghettis — petits suisses — macédoine de fruits — biscottes : 2	— jambon — laitue cuite — pommes fondantes — édam : 30 g — crème renversée caramel — biscottes : 2
Jeudi 23/8	— rôti de dinde — haricots verts — riz créole — gouda : 40 g — clafoutis aux bigarreaux — biscottes : 2	— tournedos — carottes persillées — coquillettes au beurre — yaourt — quetsches sirop + biscuits — biscottes : 2

* Réintroduction d'un élément nouveau.

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— thé au lait écrémé * — biscottes : 4 — beurre — fromage cuit : 40 g	— jambon ou œuf dur — biscottes : 2	— thé — biscottes : 2 — beurre

DATE	DEJEUNER	DINER
Vendredi 24/8	— colin meunière — fonds d'artichauts beurre * — purée — cantal : 40 g — crème péruvienne — biscottes : 2	— quasi veau rôti — riz créole — emmenthal : 40 g — compote — biscottes : 2
Samedi 25/8	— tournedos — pommes boulangères — saint-paulin : 40 g — macédoine de fruits — biscottes : 3	— rôti de porc — riz cantonnais — hollandaise : 40 g — crème pâtissière au lait écrémé — biscottes : 3
Dimanche 26/8	— gigot — courgettes braisées — pommes fondantes — emmenthal : 40 g — poire au sirop + biscuits — biscottes : 3	— poulet rôti — nouilles au gruyère — gouda : 40 g — flan + biscuits — biscottes : 3
Lundi 27/8	— côte de veau — gnocchi à la romaine — suisses — compote — biscottes : 3	— rosbif — purée de carottes — pâtes au beurre — édam : 40 g — crème pâtissière vanille — biscottes : 3

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES
— thé au lait écrémé — biscottes : 6 — beurre — fromage cuit : 40 g	— jambon ou œuf dur — biscottes : 2	— thé — biscottes : 2 — beurre

DATE	DEJEUNER	DINER
Mardi 28/8	— caroline au jambon — langue de veau — haricots verts — pommes château — gouda : 40 g — semoule au lait — biscottes : 3	— truite au bleu — laitue cuite béchamelle — riz créole — suisses — banane mixée — biscottes : 3
Mercredi 29/8	— coquille de poisson citronnette — lapin rôti (*) — courgettes braisées — pommes anglaises — fromage blanc — poires au sirop — biscottes : 3	— omelette au gruyère — pâtes au gratin — saint-paulin : 40 g — riz au lait caramel — biscottes : 3
Jeudi 30/8	— tournedos — carottes sautées — pommes fondantes — hollandaise : 40 g — clafoutis aux pommes — biscottes : 3	— asperges roulées au jambon — pâtes au beurre — fromage blanc — pêches au sirop + biscuits — biscottes : 3

(*) Incident.

On donne un supplément de plus le soir après les repas :
 40 g de fromage cuit + une biscotte

DATE	DEJEUNER	DINER
Vendredi 31/8	— betteraves mimosa + citronnette — limande meunière — salade cuite — pommes vapeur — pyrénées — gâteau de semoule — biscotte : 3	— courgettes farcies — purée — petits suisses — macédoine fruits + biscuits — biscottes : 3
Samedi 1/9	— croque-monsieur — côte de veau — macaroni au beurre — saint-paulin — crème renversée + biscuits — pain rassis *	— rosbif froid — carottes au beurre — gratin dauphinois — yaourt aux fruits — banane entière mûre — pain rassis
Dimanche 2/9	— salade d'œufs durs — pintade rôtie — haricots verts persillés — pommes sautées — édam — tarte aux pommes — pain rassis	— gigot — asperges sauce mousseline — pâtes au beurre — demi-sel : 1 — pêches au sirop — pain rassis
Lundi 3/9	— caroline au jambon — rôti de veau — laitue braisée — riz aux herbes — fromage blanc — macédoine fruits + biscuits — pain rassis	— œufs durs sauce Mornay — courgettes au four — coquillettes charbonnière — cantal — crème renversée au caramel + biscuits — pain rassis

MODIFICATION DU REGIME : Voir Observation diététique

PETIT DEJEUNER	COLLATION 10 HEURES	GOUTER 16 HEURES	SOIR
— thé au lait écrémé	— jambon cu	— thé au lait	— fromage cuit:
— pain rassis : 50 g	œuf dur	écrémé	40 g
— beurre	— pain rassis :	— pain rassis :	— pain rassis :
— fromage cuit: 40 g	30 g	30 g	30 g
		— beurre	

DATE	DEJEUNER	DINER
Mardi 4/9	— blanquette de veau — carottes braisées — pommes vapeur — yaourt — pêche crue mûre — pain rassis	— foie de veau — côtes de bettes — gnocchi — gouda — crème pâtissière à l'orange + biscuits — pain rassis
Mercredi 5/9	— salade de betteraves — tournedos — poireaux au gratin — macaronis — suisses — quetsches sirop + biscuits — pain rassis	— pintade rôtie — épinards au beurre — gratin dauphinois — emmenthal — clafoutis aux bigarreaux — pain rassis
Jeudi 6/9	— coquille poisson citronnette — rôti de porc — courgettes braisées — spaghetti au beurre — pyrénées — crème pâtissière au café — pain rassis	— steak — haricots verts — riz au jus — petits suisses — pêche mûre + gâteau marbré — pain rassis
Vendredi 7/9	— brioche aux champignons — truite au bleu — carottes braisées — pommes vapeur — comté — œufs au lait caramel + biscuits — pain rassis	— œuf coque — haricots verts persillés — coquillettes au gratin — fromage blanc à la gelée — poire mûre — pain rassis
Samedi 8/9	— salade pommes de terre + jambon — rosbif — asperges sauce mousseline — nouilles — demi-sel — pêche + génoise — pain rassis	— escalope — fonds d'artich. citronnette — purée — édam — crème meunière au café + biscuits — pain rassis

DATE	DEJEUNER	DINER
Dimanche 9/9	— quiche lorraine — gigot — haricots verts — pommes fondantes — saint-paulin — tarte aux poires — pain rassis	— poulet rôti — laitue braisée — macaronis au beurre — petits suisses — brugnnon mûr — pain rassis
Lundi 10/9	— salade d'œufs durs — rôti de veau — courgettes sauce Mornay — gouda — pommes boulangères — crème péruv. + biscuits — pain rassis	— jambon — asperges citronnette — coquillettes au gruyère — fromage blanc — poire mûre — pain rassis
Mardi 11/9	— salade marguerite — tournedos — carottes sautées — riz créole — yaourt — pêche — pain rassis	— cervelles maître d'hôtel — poircaux au gratin — pommes sautées — cantal — œufs au lait caramel + biscuits — pain rassis
Mercredi 12/9	— carottes râpées citronnette — langue de veau — haricots verts — pommes anglaises — tomme — crème pâtissière au citron — pain rassis	— filet de sole sauce blanche — laitue braisée — riz aux herbes — emmenthal — pomme meringuée — pain rassis
Jeudi 13/9	— œuf cocotte aux champign. — steak — carottes sautées — macaronis au beurre — petits suisses — pêche mûre — pain rassis	— escalope — courgettes sautées + persil — purée — hollandaise — clafoutis aux pommes — pain rassis
Vendredi 14/9	— salade de betteraves — tournedos — champignons — pommes château — yaourt — poire mûre — pain rassis	Le malade sort ce jour.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1° En considérant les résultats des divers modes de rétablissements de la continuité digestive après gastrectomie totale, on constate que, sur le plan strictement nutritionnel :

- les œsojéjunostomies en « Y » et les plasties par interposition d'un segment jupénal sont bien tolérées ;
- par contre, les jéjunostomies type TOMODA (avec la restriction d'une statistique ne portant que sur 16 cas) sont moins bien supportées.

2° En considérant globalement les résultats fonctionnels des 220 interventions, quelle qu'en soit la cause et en excluant de cette étude l'évolution de la maladie cancéreuse, nous pensons que la gastrectomie totale est assez bien tolérée sur le plan digestif, tout au moins pendant la période où nous avons observé les malades et qui ne préjuge pas des résultats fonctionnels plus éloignés, en effet :

- Si seulement un quart des opérés était exempt de toute symptomatologie fonctionnelle, celle-ci disparaissait progressivement chez les trois quarts restant, à condition d'appliquer des règles diététiques finalement assez simples, qu'elles le soient très précocement après l'intervention et surtout pendant la convalescence, de préférence dans un centre spécialisé de rééducation digestive.
- Rappelons qu'il est exceptionnel que ces opérés retrouvent leur poids antérieur : ils se stabilisent très souvent 20 à 25 % au-dessous.
- Nous attachons beaucoup plus d'importance au confort du patient, à son sthénisme, à la reprise éventuelle de ses activités professionnelles.

APPENDICE

LISTE DES ALIMENTS PERMIS ET DEFENDUS

ALIMENTS	DEFENDUS	PERMIS
LAIT	Lait concentré sucré, lait condensé.	Lait entier, lait écrémé en poudre <i>selon la tolérance personnelle.</i>
FROMAGES	Fromages fermentés. Fromages à plus de 40 % de matière grasse. Bleu d'Auvergne, bleu de Bresse, camembert, brie, carré de l'Est, coulommiers, roquefort, livarot, pont-l'évêque, munster, fromage de chèvre.	Demi-sel, yaourt, suisses, fromage blanc maigre. Gruyère, hollande, Bonbel, saint-paulin, crème de gruyère, emmenthal, cantal, tomme, Port-Salut.
VIANDES	Fumées, séchées, salées, faisandées. En conserve, grasses, cruës, à longues fibres (pot au feu). <i>Mouton sauf...</i> <i>Porc sauf...</i> <i>Charcuterie sauf...</i> <i>Volailles sauf...</i> Oie, canard, pigeon. <i>Le gibier.</i> <i>Abats : tripes, rognons.</i>	Maigres, rôties, grillées, bouillies. — Bœuf et cheval. — Veau (côte). Gigot d'anneau. Rôti de porc maigre. Jambon cuit maigre. Poulet et lapin. Foie de génisse et de veau, cervelle.
POISSONS	En sauce, en friture, fumés, salés, séchés, en conserve. à l'huile et au vin blanc. Saumon, hareng, thon, sardines, anchois, marquereau, carpe, tanche, anguille, morue.	Grillés, au four, au court-bouillon. Sole, limande, colin, merlan, lotte, truite, dorade.
COQUILLAGES CRUSTACES	Langouste, homards, crevettes, moules, escargots.	Huîtres (exceptionnellement).
ŒUFS	Cuits avec de la matière grasse (frits, sur le plat, en omelette), mayonnaise.	Coques, pochés, cuits sans graisse, durs, dans les préparations (entremets, potages, purées).
MATIERES GRASSES	Toutes fritures, beurre noir, lard, saindoux.	Beurre et huile crus, jus de viande dégraissée.
PAIN ET BISCOTTES	Pain frais, pain chaud, pain complet, pain de seigle, pain de mie.	Pain rassis, grillé. Biscottes.

ALIMENTS	DEFENDUS	PERMIS
POMMES DE TERRE	Frites et chips sautées, en ragoût.	
LEGUMES	Tous les légumes crus, tous les choux (chou-fleur et choucroute). Oignons, ail, navets, fenouil, tous les légumes secs, tomates, salsifis, bettes, champignons (cèpes et girolles). <i>Poireaux sauf...</i> <i>Petits pois sauf...</i>	Les autres selon tolérance. Blanc de poireaux. Petits pois très fins. A réintroduire : légumes crus tendres, cœurs de laitues, carottes nouvelles finement râpées, tomates épluchées, épinées.
FRUITS	Tous les fruits crus, la peau des fruits, oranges, pamplemousses, mandarines, ananas, figues, fraises, framboises, mûres, cassis, myrtilles. Noix, noisettes, amandes. Tous les fruits secs.	Banane mûre. Fruits crus très mûrs et épluchés. Fruits cuits en compote, en sirop. Jus d'ananas et abricots coupés d'eau.
CEREALES	Complètes, non raffinées. Flocons de céréales, farine de lentilles, de pois, germe de blé.	Les autres.
SUCRES ET SUCRERIES	Produits concentrés en sucre, purs à jeûn ou au début des repas.	Sucre pur dans les boissons et les aliments. Confiture, miel, gelée, <i>marmelade en petite quantité</i> . Biscuits secs et pâtisserie sèche.
POTAGES	Tous.	Epaissis avec des petites pâtes, tapioca, vermicelle, farine.
BOISSONS	Vins purs et boissons alcoolisées, vins blancs. Apéritifs, liqueurs, thé et café forts.	Vin coupé d'eau. Thé et café légers. Cacao léger, eaux minérales non gazeuses.
DIVERS	Epices, condiments, vinaigres, pastilles Vichy, levure de bière, bicarbonate de soude.	<i>Aromates naturels</i> : persil, thym, laurier, vanille, cannelle.

REGIME A 1.500 CALORIES HYPERPROTIDIQUE

ALIMENTS	Protides	Lipides	Glucides	Calories
PETIT DEJEUNER				
— lait écrémé : 20 g	8		10	80
— sucre : 15 g			15	60
— biscottes : 2	2		15	70
— beurre : 10 g		8,5		75
10 HEURES				
— biscotte : 1	1		7,5	35
— crème de gruyère : 1	4,5	5,5		70
DEJEUNER				
— viande : 75 g	16	10		160
— pommes de terre ou équivalent : 100 g	2		20	90
— yaourt ou équivalent : 1	4	1,5	5	60
— sucre : 10 g			10	40
— biscotte : 1	1		7,5	35
GOUTER				
— lait écrémé : 20 g	8		10	80
— sucre : 15 g			15	60
— biscottes : 2	2		15	70
— beurre : 10 g		8,5		75
DINER				
— viande : 75 g	16	10		160
— pommes de terre ou équivalent : 100 g	2		20	90
— fruit cuit (150 g fruit et 15 g sucre)			33	150
— biscotte : 1	1		7,5	35
TOTAL	67,5	44	190,5	1.495
% par rapport aux calories	18 %	30 %	52 %	

REGIME A 2.500 CALORIES HYPERPROTIDIQUE

ALIMENTS	Protides	Lipides	Glucides	Calories
PETIT DEJEUNER				
— lait : 200 cc	7	7	10	130
— biscottes : 4	4		30	140
— beurre : 10 g		8,5		75
— fromage cuit : 20 g	5	5		65
— sucre : 20 g			20	80
10 HEURES				
— œuf coque : 1	6,5	6		75
DEJEUNER				
— viande : 120 g	24	14,5		240
— légumes : 100 g	2		5	30
— pommes de terre ou équivalent : 150 g	3		30	135
— yaourt ou équivalent : 1	4	1,5	5	60
— sucre : 10 g			10	40
— fruit cuit sucré : 1			33	150
— biscottes : 4	4		30	140
GOUTER				
— lait : 200 cc	7	7	10	130
— biscottes : 2	2		15	70
— beurre : 10 g		8,5		75
— sucre : 20 g			20	80
DINER				
— viande : 100 g	20	12		200
— légumes verts : 100 g	2		5	30
— pommes de terre ou équivalent : 150 g	3		30	135
— fromage cuit : 30 g	8	8		105
— crème : 1	8	12	17	200
— biscottes : 4	4		30	140
TOTAL	113,5	90	300	2.525
% par rapport aux calories	18 %	34 %	48 %	

REGIME A 3.000 CALORIES HYPERPROTIDIQUE

ALIMENTS	Protides	Lipides	Glucides	Calories
PETIT DEJEUNER				
— lait : 200 cc	7	7	10	130
— biscottes : 4	4		30	140
— beurre : 10 g		8,5		75
— fromage cuit : 40 g	10	10		130
— sucre : 20 g			20	80
10 HEURES				
— œuf coque : 1	6,5	6		75
DEJEUNER				
— viande : 150 g	30	18		300
— légumes verts : 150 g	2		5	30
— pommes de terre ou équivalent : 200 g	4		40	180
— yaourt ou équivalent : 1	4	1,5	5	60
— sucre : 10 g			10	40
— fruit cuit sucré			33	150
— biscottes : 4	4		30	140
GOUTER				
— lait : 200 cc	7	7	10	130
— biscottes : 4	4		30	140
— beurre : 20 g		17		150
— sucre : 20 g			20	80
DINER				
— viande : 150 g	30	18		300
— légumes verts : 100 g	2		5	30
— pommes de terre ou équivalent : 200 g	4		40	180
— fromage cuit : 30 g	8	8		105
— crème : 1	8	12	17	150
— biscottes : 4	4		30	140
TOTAL	140,5	113	350	3.005
% par rapport aux calories	19 %	34 %	47 %	

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS (J.F.): The Clinical and Metabolic Consequences of Total Gastrectomy. Scand. J. Gastruent.
- ASSMOS (B.), HELLER (A.), THIELE (P.): Langfristige ambulante internistische Nachbetreuung Totalgastrektomierter. Dtsch Ges. Wesen 27, 1972, H. 26.
- BRACONNOT (P.), VUILLARD (P.), VENOUIL (J.) et FISCHER (L.): Traitement du cancer de l'estomac. C.M.L., vol. 47, n° 4, janvier 1971.
- COMBEMALE (B.) et VANKEMMEL (M.): Résultats globaux du traitement chirurgical du cancer de l'estomac (cardia excepté). Ann. Chir., 1967, vol. 21, n° 3-4.
- DELANNOY (E.), VERHAEGE (M.) et DEVANBEZ (J.): Etude statistique sur 300 cancers de l'estomac. Lille chir. 7, 1952, 220.
- DOUTRE (L.-P.), PÉRISSAT (J.), BEAULIEU (J.-C.) et GOUFFRANT (J.M.) (Bordeau). Intérêt de la jéjunostomie type Tomoda dans la gastrectomie totale. A propos de 16 observations. Presse Médicale, 4 avril 1970.
- ELLISON (E.H.): Nutritional Problems Following Gastric Resection. Fat and Protein Absorption. S. Clin. of N.A. 35, 1955, 1683.
- FERRIER (J.-P.): Dumping syndrome. Revue du Prat., t. XX, n° 16.
- GIULI (R.), ESTENNE (B.), Clot (Ph.), FAURE (J.-C.), HAY (J.M.), RICHARD (C.-A.) et LORTAT-JACOB (J.-L.): Résultats éloignés de 482 interventions d'exérèse pour cancer gastrique. Valeur de la gastrectomie totale élargie.
- GOVAERT (J.), COLARD (M.), KIEKENS (R.) et VAN GEERTRUYDEN (J.) (Bruxelles): Troubles digestifs et métaboliques après gastrectomie totale. Résultats de divers modes de rétablissement de la continuité digestive. J. gastroentérol. fr. (Suppl. au n° 9, sept. 1957).
- GOVAERTS (J.), VAN WIEN (A.) et COLARD (M.): Le rétablissement de la continuité digestive après gastrectomie totale. Huit cas d'opération de Henley. Act. gastroenterol. bel. 19, 1956, 105.
- GUILLEMIN (J.), CUIILLERET (J.), DUBOIS (J.), MICHEL (A.), LOMBARD-PLATET (R.), SPAY (G.) et MIKAELOFF (Ph.): Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le traitement de la maladie ulcéreuse. (A propos de 11 observations.). Lyon chir., t. 64, 1968.
- GUIVARC'H (M.): Rappel sur les interventions gastriques (variétés, avantages et inconvénients). Revue du Prat., t. XX, n° 16.
- HOUDARD (Cl.) et POILLEUX (J.): Résultats des gastrectomies totales. Ann. Chir., 1967, vol. 21, n° 3-4
- LARRIERU (H.), DELIGNY (M.), BOUCHARD (Ph.), BENASSAYAG (E.): Résultats du traitement chirurgical des cancers de l'estomac. Ann. Chir., 1967, vol. 21, n° 3-4.
- LE QUINTREC (M.) et LE QUINTREC (Y.): Diététique et interventions gastriques. Revue du Prat., t. XX, n° 16.
- MELEY (J.): Une observation de gastrectomie totale pour ulcère. Lyon Chir., t. 64, 1968.
- MICHOULIER (J.): La gastrectomie totale. Lyon Chir., 1967.

- PARIS (J.) (Lille): Les complications générales et métaboliques de la gastrectomie. *Revue du Prat.*, t. xx, n° 16.
- PARIS (J.), LAGACHE (G.), BENOIT (M.), GÉRARD (A.) et COMBEMALE (B.) (Lille)
Un nouveau cas de maladie de Ménétrier traité par gastrectomie totale. *Arch. Fr. des Mal. App. Dig.* 56, 1967.
- PEYCELON (R.) et DELORE (X.): A propos de la gastrectomie totale dans l'ulcère. *Lyon Chir.*, t. 64, 1968.
- RIBET (M.): Résultats de la gastrectomie totale (de nécessité et de principe, élargie ou non) dans le traitement du cancer de l'estomac (cardia excepté). *Ann. Chir.*, 1967, vol. 21, n° 3-4.
- VALLIN (J.): Troubles de la glycorégulation chez les gastrectomisés. *Revue du Prat.*, t. xx, n° 16.
- VERNHET (J.), BONNEL (F.) (Montpellier): A propos du rétablissement de la continuité digestive après gastrectomie totale. Etude critique du procédé de Rosanov. *Arch. Fr. des Mal. App. Dig.*, t. 60, n° 3, mars 1971.

